

Les frontières des relations familiales dans l'archipel des Comores, *Autrepart*, n°57/58, p. 181-198, 2011.

Publié par Juliette Sakoyan (Anthropologue)

juliette.sakoyan@sfr.fr

Insularisée aux plans géographique, politique, sanitaire [Sakoyan, 2010] et économique, l'Union des Comores est une société d'émigration, avec un solde migratoire largement négatif. En tant qu'archipel, l'espace vécu de la famille s'est construit entre les îles, mais aussi vers les rives des territoires régionaux et, le long de l'axe occidental, vers la France métropolitaine. Aujourd'hui, la plupart des familles dispersées sur l'archipel des Comores sont d'abord des familles fragmentées de part et d'autre d'une frontière politique désormais considérée comme européenne. Lorsque c'est la maladie d'un enfant qui est à l'origine d'une dispersion familiale (ou de l'extension de cette dispersion) dans une logique d'accès aux soins, les liens à distance sont mis à l'épreuve de manière spécifique. Cet article contribue à la réflexion sur les familles transnationales à partir d'une analyse anthropologique des réseaux autour d'enfants malades, dans un archipel où les traditions migratoires insulaires se reformulent désormais à l'aune de contraintes circulatoires fortes¹.

Instaurée en 1976 lorsque les Mahorais ont réaffirmé par référendum leur volonté de rester sous administration française, la frontière entre Mayotte et les Comores s'est renforcée en 1995 par l'introduction d'un visa de circulation pour les Comoriens des trois autres îles. Ce visa a institué à Mayotte la figure du clandestin, et créé celle de l'Étranger en situation irrégulière (ESI). Plus récemment, en 2005, la sécurité sociale introduite à Mayotte distinguait affiliés et

¹ Les données exposées dans cet article datent des années 2005 – 2008 : elles ne reflètent donc pas la réalité strictement contemporaine de la politique migratoire à Mayotte et là n'est pas l'objectif principal de cet article. Le collectif Migrants Outre Mer effectue une veille très précise de la situation de Mayotte : <http://www.migrantsoutremer.org/>

non-affiliés (c'est-à-dire les ESI en devoir d'honorer les frais médicaux dans un système de soins dont la gratuité était la trace coloniale d'une reconnaissance indifférenciée de l'autre).²

Ainsi, alors que les habitants de Mayotte ont poursuivi le processus d'assimilation citoyenne, les autres insulaires sont devenus des « surnuméraires » [Castel, Haroche, 2001] sur le sol français de Mayotte³. Aujourd'hui, alors qu'un observatoire des mineurs isolés est mis en place à Mayotte⁴ parce que leurs parents ont été reconduits à la frontière, il peut être utile de considérer la dispersion familiale dans l'archipel des Comores en articulant différentes échelles de grandeur, conjointement à une historicisation des conditions de vie transnationales.

Cet article progresse par strates d'analyse qui, chacune, correspond à une échelle de grandeur et de temporalité éclairant un pan des conditions de vie transnationales. À l'issue d'un préalable théorique et méthodologique, on propose d'abord de considérer l'ensemble de l'archipel dans une temporalité longue, afin de parcourir certaines étapes de la construction de l'espace politique ayant défini les statuts des personnes et influencé leurs modalités de circulation. C'est sur l'espace des migrations sanitaires que l'on s'arrêtera ensuite afin de montrer comment les trajectoires

2. En effet, le processus de séparation politique a fait suite à une longue période de catégorisation indifférenciée des insulaires : lorsque l'ensemble de l'archipel a été rattaché à Madagascar en 1912 sous le statut de « dépendances », l'ensemble de ses ressortissants ont été placés dans la catégorie des « sujets français » ; en 1946, l'évolution en Territoire d'Outre Mer a permis à tous les insulaires d'accéder à la nationalité française, bien qu'il ne s'agisse pas d'une pleine citoyenneté [Dimier, 2005]. Il faut remonter plus loin dans le temps pour retrouver une catégorisation des insulaires sous deux statuts : de 1841 à 1912, seuls les Mahorais sont des « sujets coloniaux » de la France alors que les autres Comoriens sont sujets de leurs sultans, et constituent une main-d'œuvre servile dans un système d'économie de plantation mis en place tant bien que mal à Mayotte.

3. Les estimations du secrétariat à l'Outre-mer en 2005 évaluaient la proportion des ESI à Mayotte à un tiers de la population, dont la quasi-totalité sont des Comoriens d'origine anjouanaise en majorité.

4. Des informations relatives à la création et aux enjeux de cet observatoire sont consultables sur le site du collectif Migrants Outre Mer : <http://www.migrantsoutremer.org/Observatoire-des-mineurs-isoles-a>

contemporaines, qu'elles soient autonomes ou institutionnelles, se sont dessinées sur des axes coloniaux. Le troisième angle d'analyse considère l'institutionnalisation de l'axe Comores-Mayotte-Réunion : l'ethnographie du dispositif d'évacuations sanitaires et sa mise en perspective diachronique dévoilent différentes formes de reconnaissance institutionnelle des liens familiaux et leur indexation à la configuration politique de l'espace. Or, si ces politiques institutionnelles de *care*⁵ déterminent certaines conditions de vie transnationales pour les familles, ces dernières disposent d'un héritage migratoire qui leur permet de continuer à circuler et à communiquer à distance. Aussi, les deux derniers temps de cet article exposent-ils ces conditions de vie à distance à partir de deux cas ethnographiques. Le premier illustre la manière dont la frontière politique de l'archipel entraîne la pérennisation d'une dispersion qui, au départ, n'est censée être que provisoire. Le second cas, tout en témoignant de la vivacité de l'héritage migratoire des insulaires, permet d'insister sur la continuité de certaines frontières qui, en amont du partage politique de l'archipel, façonnent les liens à distance autour d'un enfant malade.

Posture, méthode et matériaux

On s'accorde à rattacher la définition de « transnational » à la densité et la fréquence des liens à distance [Portes, 1999]. Mais un malentendu nourrit souvent la lecture qu'on en a en France. Alors que la notion de « transnational », telle qu'elle a été construite aux États-Unis [Bash *et al.*, cités par Portes, 1999], renvoie initialement aux liens bipolaires des migrants, elle s'apparente en revanche en France à l'idée d'une identité déterritorialisée. La bipolarisation du

5. Les travaux relatifs aux éthiques et politiques du *care* se sont constitués à la suite de l'étude de C. Gilligan [1982]. Le terme anglais est conservé dans l'article en raison de sa richesse polysémique. Dans un registre affectif, le *care* est une disposition éthique à l'égard de l'autre que l'on peut traduire par l'empathie ; dans un registre cognitif, le *care* s'exprime comme un souci ou une attention à l'égard de l'autre ; enfin dans un registre pratique, le *care* renvoie à une activité, pouvant être un travail, qui relève du soin [Garreau, 2008]. Ainsi le *care* doit être considéré comme une pratique sociale [Tronto, 2005].

phénomène migratoire existe en France depuis les travaux d'A. Sayad des années 1970, de sorte que l'intérêt qui s'y est développé autour du vocable « transnational » a consisté à traiter des liens multipolaires. Dès les années 1990, A. Tarrius avait complexifié la lecture bipolaire du phénomène migratoire en termes de « transmigration », où les espaces ne sont plus seulement ceux des départs et des arrivées, mais ceux où circulent les migrants [1996], « au-delà des États-nations » [2001]. C'est donc dans ce sillage que la notion de transnational est souvent reçue et utilisée en France, sans pour autant faire l'objet d'une discussion explicite sur la géométrie des réseaux migratoires visés.

Ce possible malentendu écarté, on peut avancer ce qui nous occupe dans cet article qui, d'une part privilégie comme espace de dispersion celui de l'archipel, et d'autre part présente essentiellement des liens bipolaires entre une des îles de l'Union des Comores et Mayotte. Notre problématique se situe non pas au niveau du sens que recouvre la notion, mais au niveau de l'enjeu épistémologique qu'elle pose en se présentant comme novatrice. C'est cela que pointe R. Waldinger [2006], pour qui le concept de transnational pêche par son présentisme, qui fait croire que les phénomènes auxquels il se rapporte sont nouveaux, et par ses efforts pour s'historiciser, qui sont basés exclusivement sur le mode de la récurrence. Or, pour Waldinger, l'intérêt porté aux liens transnationaux doit avant tout permettre de comprendre « comment et pourquoi “maintenant” - quel que soit le moment - diffère de “avant” » [2006, p. 32]. C'est dans cette perspective qu'est ici traitée la singularité contemporaine des phénomènes transnationaux dans l'archipel des Comores.

Les données exposées sont issues d'une recherche de doctorat portant sur les migrations sanitaires entre l'archipel des Comores et la France [Sakoyan, 2010]. Cette recherche s'est appuyée sur vingt études de cas constituées autour de la trajectoire hospitalière d'un enfant. Chaque trajectoire relie différents sites (Comores, Mayotte, Réunion, métropole), et met en relation différents acteurs professionnels et profanes (familles, acteurs communautaires,

bénévoles) dans un réseau de *care*. Ce corpus peut être regroupé en trois catégories formant des couples de comparaison : des familles comoriennes de l'Union des Comores parties clandestinement vers Mayotte pour soigner leur enfant *versus* des familles parties dans le cadre d'évacuations sanitaires ; des familles comoriennes à Mayotte en situation irrégulière, *versus* régulière, et dont la maladie de l'enfant conduit à une évacuation sanitaire vers la Réunion et, le cas échéant, la métropole ; enfin des familles mahoraises de nationalité française confrontées à une évacuation sanitaire, avant, pendant et après l'instauration de la sécurité sociale.

Quelques mots sur l'élaboration des cas. Tout d'abord, ce sont ceux dont les professionnels du secteur hospitalier ont fait état : en ce sens un cas préexiste à l'intérêt que lui portera un chercheur. Ensuite, ils ont été construits dans le cadre d'une approche multi-site où le principe du *follow* [Marcus, 1995] a conduit à investiguer chaque trajectoire d'enfant de manière polyphonique : à partir des discours de différents acteurs (plusieurs membres de la famille, plusieurs professionnels de santé), dans différents registres rhétoriques (dossiers sociaux et médicaux, entretiens), en prenant en compte des époques différentes pour éclairer le contexte des trajectoires. Enfin et par conséquent, les cas ne sont pas nécessairement équivalents du point de vue de la quantité et de la qualité des données, notamment parce qu'ils s'élaborent dans une approche de type indiciaire [Ginzburg, 1980]. Mais l'enjeu est ici de considérer que l'indice est moins matière à conjecture qu'objet d'analyse. Aussi, par exemple, l'impossibilité de « retrouver » la mère de certains enfants durant l'enquête n'a-t-elle pas constitué une limite ethnographique, mais un révélateur des contraintes circulatoires de l'espace ethnographié et donc, comme on le montrera, la précarité des liens familiaux inter-îles.

Histoire coloniale d'un espace de circulations et d'un savoir-vivre à distance

Comme centre de recrutement et de redistribution humaine⁶ dans un contexte d'économie de plantation, c'est tout l'archipel qui a d'abord fait l'objet d'un trafic vers la Réunion, puis c'est Mayotte qui, à partir des années 1840, a été approvisionnée par les trois autres îles. Mayotte cristallise un paradoxe démographique. Alors qu'elle manquait de main-d'œuvre servile dans les années 1850, les acteurs politiques attribuent aujourd'hui la lenteur de son développement au surplus démographique que représente la frange comorienne de la population.

Tardive, la colonisation de Mayotte en 1841 correspond à l'obligation de n'engager que des travailleurs libres sur les exploitations. Ainsi, les premières lois sur l'immigration à Mayotte voient le jour en 1844 : tout individu s'engageant pour travailler devait prouver qu'il était depuis au moins deux ans dans l'île pourvoyeuse, et qu'il était libre depuis au moins un an [Forest, 2002]. Cependant, des détournements auront lieu : des esclaves (pour certains africains) seront loués au titre de travailleurs « engagés » sur le seuil de Mayotte [Forest, 2002, p. 107 ; Sidi, 2002, p. 101]. Seules les autres îles des Comores resteront donc des foyers de recrutement ouverts pour les planteurs de Mayotte, qui souffrent d'un manque criant de main-d'œuvre à cause du départ des anciens esclaves affranchis et de la fermeture des lieux d'approvisionnement (la côte est-africaine et Madagascar).

Aujourd'hui, l'île de Mayotte est la première destination des migrations internes. Entre les recensements de 1991 [Vivier, 1999] et 2003 [Hachimi, 2007], on constate en effet une inversion du lieu principal d'émigration : alors que les départs ont concerné majoritairement la France métropolitaine entre 1988 et 1991, ils se font surtout vers Mayotte entre 1998 et 2003. Ce sont les Anjouanais

6. Et ce, depuis plusieurs siècles : M. M'trengoueni cite un passage des Livres des Mers datant de 1521 qui décrit Mayotte comme un « “centre d'élevage des esclaves” dans le réseau commercial développé entre la Côte Africaine, l'Arabie, la Perse et l'Inde » [2002, p. 142].

qui composent la majorité des émigrants vers Mayotte selon les deux recensements. Anjouan est l'île d'émigration la plus active à l'échelle de l'archipel, parce que c'est là que les problèmes fonciers et démographiques engendrés par la colonisation sont les plus prégnants [Sidi, 1998]. Les migrations anjouanaises s'effectuent davantage au sein de réseaux internes : ceux qui manquent de terres se dirigent vers Mohéli, ou bien vers Moroni, où ils occupent des petits emplois salariés, souvent chauffeurs de taxi [Blanchy, 1998]. Le savoir-migrer anjouanais s'exerce à l'échelle de l'archipel alors que les Grand-Comoriens ont développé des réseaux plus globaux.

Dès les années 1870, ces derniers ont assisté au départ des leurs, et la majorité de ces premiers départs a constitué des vagues d'émigration de « gens d'un pays » partageant l'attachement à un même territoire. Cette configuration collective et territoriale perdure encore aujourd'hui, et supporte les liens transnationaux des migrants comoriens, notamment au travers de l'exercice déterritorialisé de l'autorité notablière entre la France et la Grande Comore [Blanchy, 2004]. Au milieu des années 1860, l'inauguration de la ligne des messageries maritimes reliant l'île Maurice, La Réunion, Diego-Suarez, Majunga, les Comores, Zanzibar et Marseille via la Mer Rouge entraîne la création de deux couloirs migratoires, l'un vers Zanzibar, et l'autre vers Madagascar [Vivier, 1996]. Avant de devenir un « pôle d'attraction religieux » aux XIX^e et XX^e siècles, Zanzibar a d'abord représenté un « refuge politique » [Blanchy, 1998]. En Grande Comore par exemple, le « règne » du planteur Humblot acculera 15000 personnes dépossédées de leur propriété à quitter l'île pour se rendre à Zanzibar [Blanchy, Pobéguin, 2007, p. 51 ; Sidi, 2002, p. 109].

Tour à tour cause des mouvements migratoires - que les personnes soient déplacées comme main-d'œuvre ou qu'elles fuient les conditions locales de travail - puis moyen de circulation, l'entreprise coloniale a également tracé les axes des réseaux migratoires. À partir de 1912, Madagascar s'impose dans les orientations migratoires des Comoriens. En devenant le centre administratif d'un ensemble colonial nommé « Madagascar et

dépendances », la grande île supplante Zanzibar et s'affirme bientôt comme centre de formation des élites de l'archipel [Ibrahime, 2008 ; Richard, 2009]. À l'École Le Myre-de-Villers se côtoient alors des étudiants originaires de l'ensemble de l'archipel, le système éducatif étant peu développé à Mayotte, comme sur les autres îles. Entre Madagascar et les Comores, « un mouvement constant entre les communautés comoriennes et leurs îles d'origine maintenait les liens familiaux et entretenait le particularisme des originaires de chacune des îles. Il s'est ainsi constitué des associations d'entraide et d'amitié et des clubs groupant les originaires d'un même canton » [Delval, 1979, p. 99]. La destination malgache a contribué à dessiner l'axe migratoire vers la France métropolitaine : c'est sur la grande île que les hommes s'engagent dans l'armée pendant la seconde guerre mondiale, puis comme cuisiniers dans la marine marchande. Ce sont eux qui seront à l'origine des premiers regroupements familiaux, suite à la crise de la marine des années 1950 et au tournant de la politique migratoire en France des années 1970.

Ces installations en France sont concomitantes des reflux régionaux de part et d'autre de l'archipel. Le tournant des indépendances au cours de la décennie 1960-1970 crée en effet des difficultés de circulation et de statut de citoyenneté sur les anciennes terres d'accueil. À Madagascar, à partir de l'indépendance en 1961, le statut juridique des Comoriens ne va pas cesser de se précariser. En tant qu'étrangers de nationalité française ils doivent verser une caution d'immigrants à leur arrivée, puis avec l'indépendance des Comores en 1975, ils perdent toute représentation diplomatique. C'est alors qu'un repli sur l'archipel s'est amorcé, qui prendra un essor brutal en 1977, lors des événements de Majunga. Dix ans auparavant les ressortissants comoriens de Tanzanie avaient connu une exclusion sociale similaire. Accusés de faire allégeance à la France, mais en réalité dérangeant de par leur « insertion économique » [Vivier, 1999, p. 65], ils avaient été sommés de quitter le territoire tanzanien, et deux ans plus tard ils étaient déchus de leur nationalité. Les enjeux démographiques de ces retours massifs ont préoccupé l'administration française, dont les correspondances présentent, dès le milieu des années 1960, le phénomène

d'émigration comme le seul support à la stabilité démographique de l'archipel⁷.

L'espace transnational du soin : migrations autonomes et évacuations sanitaires

L'île de Mayotte est la première destination des migrations internes. Entre les recensements de 1991 [Vivier, 1999] et 2003 [Hachimi, 2007], on constate en effet une inversion du lieu principal d'émigration : alors que les départs ont concerné majoritairement la France métropolitaine entre 1988 et 1991, ils se font surtout vers Mayotte entre 1998 et 2003. Ce sont les Anjouanais qui composent la majorité des émigrants vers Mayotte selon les deux recensements. Anjouan est l'île d'émigration la plus active à l'échelle de l'archipel, parce que c'est là que les problèmes fonciers et démographiques engendrés par la colonisation sont les plus prégnants [Sidi, 1998]. Les migrations anjouanaises s'effectuent davantage au sein de réseaux internes : ceux qui manquent de terres se dirigent vers Mohéli, ou bien vers Moroni, où ils occupent des petits emplois salariés, souvent chauffeurs de taxi [Blanchy, 1998].

En dépit du fait que les catégories statistiques sont à nuancer car elles ne confèrent pas de visibilité à la juxtaposition des motifs à l'échelle individuelle ni à certaines logiques émiqes - comme le motif coutumier qui prévaut en Grande Comore⁸ -, ces catégories demeurent utiles pour esquisser des tendances. Les données du recensement de 2003 situent au premier rang les raisons économiques pour l'ensemble du pays, mais dévoilent des différences importantes entre les îles en termes relatifs. Les Anjouanais partent principalement pour des raisons familiales, et c'est en Grande Comore que le motif sanitaire est le plus représenté. C'était déjà le cas dans le précédent recensement analysé par G. Vivier [1999, p. 168]. En considérant le classement des motifs d'émigration par île, on constate que pour chaque île, le motif

7. Aix en Provence, Archives de l'ANOM. Série DELCO-3, notamment année 1967.

8. S. Blanchy a souligné le rôle de la migration dans la hiérarchie sociale, comme « stratégie [explicite] de reclassement » [2005, p. 924].

sanitaire intervient en quatrième position. Le caractère mineur du motif sanitaire, mis au jour ici à partir des données de recensement recueillies en Union des Comores, correspond aux conclusions du rapport INSERM sur migrations et santé à Mayotte de 2008 : « au total, 11 % de la population migrante née à l'étranger ont migré et/ou se sont installés pour raisons de santé et/ou pour traiter une maladie chronique connue. La majorité de la population étrangère a migré pour des raisons économiques (50 %) et familiales (26 %) ».

Outre le fait que les migrations sanitaires ne sont pas quantitativement importantes, le faible taux d'entrées à Mayotte pour raison thérapeutique suggère que la population comorienne répond autrement à son insularité sanitaire. L'aide des membres de la famille émigrés en France est notoire en matière de santé, et les données recueillies auprès de l'ensemble des acteurs comoriens traduisent non seulement la continuité de certains couloirs migratoires, particulièrement l'axe malgache, qui a occupé une position de centre sanitaire sous la colonisation⁹, mais aussi de nouvelles destinations régionales (île Maurice) ou plus lointaines (Égypte). La comparaison de l'activité des compagnies aériennes¹⁰ montre que la compagnie Yemenia, qui dessert la France métropolitaine via Sanaa, est la plus active, et qu'il y a plus de vols vers l'Afrique de l'est que vers Madagascar. Ces données de circulation (et non plus seulement de migration comme c'est le cas dans le recensement), croisées avec les données ethnographiques, montrent que Dar Es Salaam est un centre régional important pour les circulations thérapeutiques des Comoriens de Ngazidja.

De par son ancrage dans l'espace colonial et postcolonial, l'axe thérapeutique Comores-Mayotte-Réunion articule des migrations autonomes et des dispositifs institutionnels d'accès à des soins délocalisés. Les trajectoires thérapeutiques peuvent être

9. Elle a constitué le pôle d'orientation des évacuations sanitaires de l'archipel jusqu'à la fin des années 1960, dans un contexte où son plateau technique est plus performant [Sakoyan, 2010], et où les services du Haut Commissariat conservent le contrôle administratif et financier du Territoire des Comores [Richard, 2009, p. 39].

10 Comparaison effectuée à partir des statistiques de l'aéroport de Moroni 2002-2007 [Sakoyan, 2010, p. 307-308].

successivement autonomes puis institutionnelles. Ces dernières sont encadrées par deux dispositifs de soins délocalisés : d'une part les évacuations sanitaires entre l'Union des Comores et Mayotte ; d'autre part celles entre Mayotte, la Réunion et éventuellement la métropole. Le premier dispositif a été créé au début des années 2000 à l'initiative d'acteurs locaux dans le cadre de conventions inter-hospitalières entre les établissements de référence aux Comores et le Centre hospitalier de Mayotte (CHM). Tout en participant d'une forme de reconnaissance des autres insulaires, il vise à rationaliser des flux migratoires. Le second dispositif est une composante du système de soins de Mayotte mise en place en 1976, qui n'a cessé de s'optimiser depuis lors. La principale condition aux évacuations sanitaires Comores-Mayotte est que le plateau technique mahorais soit suffisant, ce qui indique que les deux dispositifs ne sont pas enchâssés : de fait, un malade vivant en Union des Comores et nécessitant une prise en charge à la Réunion aura plus de chance d'y accéder en se rendant clandestinement à Mayotte qu'en faisant une demande d'« EVASAN » (contraction d'évacuation sanitaire utilisée par les professionnels) vers Mayotte.

La reconnaissance des liens familiaux dans les dispositifs d'évacuations sanitaires

Jusqu'en 2003, il n'était pas proposé aux parents de Mayotte d'accompagner leur enfant en évacuation sanitaire. Ainsi la reconnaissance des liens familiaux a-t-elle suivi un lent processus dans lequel les parents ont peu à peu été considérés par l'institution comme partenaires de la trajectoire hospitalière de leur enfant. Binti, évacuée en 1985 pour une leucémie et rencontrée en mai 2006 à l'âge adulte, expliquait que c'est seulement à son retour à Mayotte qu'elle put partager avec ses parents des bribes de sa trajectoire hospitalière : elle leur montrait des enfants chauves sur des reportages télévisés en leur disant : « moi j'étais comme ça quand j'avais cette maladie ». De son côté, sa mère rencontrée en juillet 2005 se souvenait de l'absence de communication qui avait duré plusieurs mois. Elle avait confié : « il y a un moment où j'ai complètement oublié que j'avais cette enfant ».

C'est seulement depuis 2003 que l'accompagnement des parents français ou en situation régulière est pris en charge (d'abord par la collectivité puis par la sécurité sociale) lorsque l'enfant est transféré vers le site réunionnais et, le cas échéant, en métropole. Si pendant plusieurs années les ESI étaient autorisés à accompagner leur enfant à la Réunion lorsqu'ils en avaient les moyens financiers, la Préfecture ne leur délivre plus de laissez-passer depuis 2006. Aux Comores, les familles parvenant à ce que leur enfant fasse l'objet d'une demande puis d'un accord d'EVASAN sont peu nombreuses. Lorsque c'est le cas, l'accompagnement parental est rarement autorisé, et le paradoxe veut qu'un enfant emmené à Mayotte en *kwassa-kwassa*¹¹ bénéficie plus facilement de la présence de son parent auprès de lui¹². Mais dès lors qu'il est évacué vers la Réunion, le parent reste à Mayotte, dans une situation de vide juridique. À Mayotte la régularisation d'un seul parent d'enfant malade est possible si celui-ci est sur le territoire insulaire. Aucune loi n'encadre la situation des parents ESI en attente d'un enfant évacué à la Réunion ou en métropole.

Une permanence téléphonique existe au service social du CHM : les parents des enfants évacués en métropole ou à la Réunion s'y rendent, et l'auxiliaire sociale mahoraise contacte les services hospitaliers ou les familles d'accueil pour obtenir de leurs nouvelles. Globalement, le constat est que la quantité et la qualité des informations transmises sont contraintes par l'effort de traduction ainsi que par le rythme du temps de travail. Il n'en reste pas moins que la connaissance des étapes parcourues par son enfant hospitalisé à distance, et notamment celle des dates d'interventions chirurgicales, permet au parent d'accéder à une temporalité de la

11. Les *kwassa-kwassa* sont des barques en bois transportant clandestinement les individus d'Anjouan à Mayotte. Selon l'OECA (Observatoire de l'Émigration Clandestine Anjouanaise) 200 personnes périssent chaque année pendant la traversée.

12. À Mayotte au cours des années 2000, de nombreuses mesures d'Ordonnance de placement provisoire ont été prises par le service social du CHM pour placer les mineurs malades sous la tutelle de l'hôpital. Le paradoxe étant que cette procédure est illégale lorsqu'il n'y a pas de représentant légal de l'enfant et qu'en même temps, c'est pour cette raison qu'elle s'impose d'un point de vue médico-légal.

prise en charge de son enfant et donc, me semble-t-il, de ne pas être exclu du réseau de *care*¹³. De fait, les parents ESI sont désormais exclus de ce dispositif, puisque leurs déplacements sur l'île représentent une menace quotidienne d'expulsion, bien qu'ils aient en leur possession le certificat médical fourni par le service de pédiatrie. Chacun sait en effet, qu'en l'absence de cadre juridique précis, le rôle des certificats est soumis à l'aléatoire et à l'arbitraire des pratiques d'interpellation de la Police aux frontières(PAF).

Le cas de Nasma illustre la mise à l'écart des parents dans un réseau de *care*. Fillette anjouanaise âgée de six ans, elle est arrivée mutique au mois de février 2005 au service de réanimation du CHM, dans le cadre d'une évacuation sanitaire urgente Anjouan-Mayotte. À l'aéroport elle avait été séparée de son père, qui s'était vu refuser l'embarquement. La situation de distance entre les parents et l'enfant est l'aboutissement d'un processus administratif, juridique et politique complexe : un père croit qu'il peut accompagner sa fille à Mayotte en évacuation sanitaire et ignore la réponse donnée par la commission du CHM qui, dans le dossier, mentionne que l'enfant peut être hospitalisée sans la présence d'un parent.

L'inscription de la frontière politique dans les biographies familiales

La migration sanitaire constitue une rupture biographique dans l'ensemble d'une famille. Facteur de désorganisation familiale, elle peut devenir en dernière instance une chance sociale - ci-dessous évidente du point de vue de la scolarisation des enfants - mais qui demeure contrebalancée par la séparation définitive d'un couple, et quelquefois d'une fratrie.

En 2005, Zalhiata originaire de Mohéli, est régulièrement hospitalisée en pédiatrie au CHM pour une psychose déficiente acquise associée à une épilepsie. Avant de venir à Mayotte, sa mère est d'abord partie à Moroni en Grande-Comore pour un avis médical

13. Dans une perspective straussienne on peut poser la question autrement : dans quelle mesure les parents participent-ils - et considèrent qu'ils participent - à cette trajectoire, à l'« arc de travail » [Strauss, 1992, p. 31] déployé autour de l'enfant le long de la chaîne hospitalière ?

et, le cas échéant, un traitement. Après une errance de plusieurs années entre secteur biomédical et traditionnel, la mère a finalement décidé de prendre le kwassa vers Mayotte sur les conseils de son voisinage. Comme pour d'autres trajectoires, son époux avait manifesté son désaccord, de sorte qu'elle est partie en secret. C'est une banalité dans un travail sur la migration que de rappeler le danger que constitue un voyage en bateau clandestin, mais cela ne doit pas devenir un truisme. Il s'agit ici d'un acte éthique fort par lequel un parent confronte son enfant et lui-même à un danger, après avoir fait face au dilemme de la séparation familiale (qui part avec l'enfant malade ? qui reste avec les enfants en bonne santé ?). Or ce dilemme se poursuit à Mayotte où, si l'état de santé de l'enfant malade est maîtrisé, la vie familiale est considérée comme insatisfaisante de part et d'autre de la frontière.

« Au début, quand elle [Zalhiata] a commencé le traitement à Mayotte, elle allait mieux. Je pensais même à rentrer parce que je pensais aux autres qui étaient restés là-bas, mais tout d'un coup elle a recommencé les crises d'épilepsie, alors qu'elle prenait le médicament. Je suis allée voir Dr --- médecin mahorais. Je lui ai dit que je souhaitais repartir avec l'enfant et lui ai demandé de nous donner un stock de médicaments. Il m'a dit "c'est une vie... cette enfant tu ne peux pas la ramener là-bas, il vaudrait mieux te mettre d'accord avec son père, pour rester vivre ici avec elle, s'il est d'accord. J'aimerais te dire qu'un enfant c'est pas comparable à un mari [sous-entendu c'est plus important qu'un mari] et moi j'oserai pas faire ce que tu dis". Il m'a dit de revenir le lendemain, j'y suis retournée et il m'a fait un certificat pour que je l'amène à la Préfecture. À la Préfecture on m'a demandé de trouver un passeport pour déposer une demande de régularisation pour soins. Je l'ai demandé à son père et c'est à ce moment là qu'il s'est retourné contre moi. Il m'a dit que j'étais censée amener l'enfant à l'hôpital, mais pas rester vivre à Mayotte. Il m'a demandé de lui ramener son enfant. Je lui ai dit "fais moi le passeport comme ça je pourrai rentrer et revenir avec l'enfant quand il faudra." » (mère de Zalhiata, Mayotte, juillet 2005).

La mère de Zalhiata a finalement obtenu un titre de séjour pour soins, mais à chaque retour dans son village, elle constatait que ses autres enfants étaient livrés à eux-mêmes : leur père était pêcheur et s'absentait régulièrement de la maison ; mais, alors qu'à Anjouan le système matrilineaire et uxori-matrilocal est nuancé [Blanchy, 1992],

à Mohéli comme en Grande Comore, il façonne les relations familiales et détermine l'organisation domestique. Désertée par une épouse, la maison familiale est avant tout un territoire féminin qui n'a plus son propriétaire. Durant la période où Zalhiata et sa mère étaient à Mayotte, la fille aînée s'occupait de l'entretien de la maison pendant que ses frères et sœurs étaient à l'école, et le père en mer. Lorsque je rencontrai cette sœur aînée de Zalhiata à Mayotte, elle décrit cette période de vie comme particulièrement difficile. Son propos, qui oscillait entre le français et le parler de Mohéli, évoqua un état de tristesse (*hamu*) et des « crises d'angoisse » (en français), pour définir la situation de fille séparée de sa mère et isolée dans la maison familiale. Elle a dit, devant sa mère qui participait à la discussion, que cet état l'empêchait d'exercer la responsabilité qui lui incombait : « je pensais trop à ma mère, avec ce qui m'arrivait j'avais même pas le temps de m'occuper des enfants, ils voulaient aller à l'école, aller en ville... c'était moi qui étais la maman là... mais j'avais pas l'âge... ». La jeune fille avait alors seize ans et avait dû interrompre sa scolarité au collège.

Les propos de la mère mettent pour leur part en évidence la manière dont le dilemme maternel, qui se pose au moment de partir avec son enfant malade et de laisser les autres, se module à l'aune d'une logique d'immigration et non plus d'émigration :

« La première fois que je suis partie [de Mayotte au village] j'ai constaté que les autres n'allaient plus à l'école alors j'ai vendu un animal pour leur payer l'école. À chaque fois que je rentrais à Mayotte, les autres [enfants] m'appelaient en me disant : "maman reviens on souffre". Je pouvais pas rester avec eux et laisser l'autre [Zalhiata] ici souffrir... J'ai essayé d'obtenir des papiers pour prendre mes enfants, ça n'a pas marché. Alors j'ai fait l'originale, j'ai vendu trois zébus, j'ai acheté des taules et j'ai couvert la maison en construction pour que les parpaings ne tombent pas, j'ai pris de l'argent pour le voyage de mes enfants et ce qui restait de cet argent je l'ai mis sur un compte. Ils sont venus et comme j'avais le titre de séjour j'ai pu les inscrire à l'école et moi me consacrer à celui de mes enfants qui souffre » (ibid.).

Recueilli en 2005, ce récit illustre plus précisément l'étape en amont de l'immigration : celle de l'ancrage qui fixe les conditions de vie sur la base desquelles les parents auront à faire des choix

biographiques et familiaux définitifs. Cette étape engage déjà une nouvelle ligne biographique qui s'imprime en premier lieu sur la séparation du couple. La mère de Zalhata reprochait à son mari de ne pas les soutenir matériellement depuis qu'elle avait ramené auprès d'elle les autres enfants :

« À partir de là, mon mari est devenu différent, quand je lui demandais de l'aide il me disait qu'il ne pouvait rien faire pour moi, qu'il n'avait pas d'argent. Comme j'avais pris les enfants, il s'est senti mis à l'écart. Pour faire vivre les enfants j'ai fait de la broderie. C'était important de scolariser les enfants parce que sinon ils me l'auraient reproché plus tard. À partir de là il s'est remarié et m'a abandonnée moi et les enfants ».

Les effets des frontières sur les réseaux de care

Comment différentes frontières façonnent-elles les liens à distance autour d'un enfant malade dans l'espace de l'archipel ? En amont de cette question, nos recherches mettent tout d'abord au jour la manière dont l'échec thérapeutique exhorte les familles à mobiliser pour principale ressource un réseau social et/ou familial migratoire. Or, il va devenir quelquefois déterminant, non seulement dans l'accès aux soins de l'enfant, mais aussi dans l'accompagnement d'un parent auprès de lui. On notera que les familles les plus pauvres apparaissent comme dispersées à une petite échelle, souvent entre l'Union des Comores et Mayotte - cet axe étant particulièrement utile, puisqu'il fournit au parent qui migre avec son enfant un ancrage relationnel et un logement à Mayotte. La diversité des réseaux transnationaux qui se sont tissés au cours de l'histoire et l'héritage des savoir-faire qui en résulte, expliquent à mon sens le rôle nuancé de la catégorie sociale dans les trajectoires migratoires de soin. En revanche, les hiérarchies sociales réapparaissent dans la fréquence et la nature des liens sur le réseau (avoir accès à un téléphone par exemple). Cela suggère qu'à côté de la frontière politique inter-îles, des frontières sociales et économiques influent sur la mise en réseau des acteurs, depuis l'intérieur de l'île.

Le cas de Nasma, introduit précédemment, est exemplaire en ce qu'il illustre la manière dont, à Anjouan, ces frontières séparent une

aristocratie urbaine d'une paysannerie pauvre¹⁴. C'est à cette catégorie sociale que les parents de Nasma appartiennent : issus d'un village isolé, ils représentent les exclus sociaux dans une île où la hiérarchisation sociale est due au processus d'appropriation terrienne, entamé lors de l'arrivée des Arabo-shiraziens et renforcé par la colonisation française. A. Sidi [1998] a documenté cette seconde phase d'appropriation et en a souligné les effets économiques et démographiques pour l'île d'Anjouan, tant au niveau des migrations internes qu'externes.

À l'origine de son évacuation sanitaire, Nasma a été victime d'une double fracture de l'avant bras lors d'une chute. La mère, rencontrée en octobre 2005 au village, expliqua qu'elle se trouvait à l'époque seule au foyer car son mari était parti pêcher plusieurs jours du côté de Mohéli. Elle avait attendu, ne sachant que faire par manque de moyens. Elle avait finalement conduit sa fille chez le *fundi*¹⁵ du village, auprès duquel elle pouvait obtenir un crédit. Ce dernier avait prodigué des soins traditionnels qui avaient entraîné une nécrose cutanée. Désemparée, la mère avait attendu le retour du père, cependant que l'état du bras de Nasma empirait. Lorsque le père rentra de Mohéli, Nasma fut conduite à l'hôpital de Hombo (à Mutsamudu, capitale de l'île). Une évacuation sanitaire fut enclenchée pour la petite Nasma, qui risquait une amputation. Une fois n'est pas coutume, elle partit légalement à Mayotte et, de là, fut envoyée provisoirement à la Réunion pour une greffe.

Sur place au CHM, elle recevra les visites de B. A, anjouanais en cours de régularisation, qui a été contacté par son frère depuis Anjouan. Le frère de B. A travaille pour l'oncle de Nasma, *fundi* en

14. Les commentaires de Sophie Blanchy lors de ma soutenance de thèse m'ont permis de complexifier l'analyse des réseaux migratoires. Qu'elle en soit ici remerciée.

15. *Fundi* signifie littéralement « maître ». Il peut désigner le maître d'école, le maître coranique, le maître qui sait faire monter les djinns (*fundi wa madjinni*), ou le maître artisan, ce qui suggère que le savoir détenu par le *fundi* n'est pas exclusivement intellectuel, à la différence du *mwalimu* qui fait référence au devin-guérisseur [Blanchy *et al.*, 1993]. Dans la situation présentée ici, le *fundi* s'apparente à un tradi-thérapeute.

maçonnerie, lui doit allégeance et respect, ce qui retentit sur l'implication de B. A. auprès de Nasma. Lorsque cette dernière sort de l'hôpital, une infirmière accepte de faire signer une décharge à B. A. pour qu'il recueille l'enfant. Comme bien souvent, l'institution s'était trouvée face à une situation d'hébergement qui, sans relever d'aucun cadre juridique, était la seule solution dans un contexte où, du reste, le billet de retour de l'enfant vers Anjouan avait été égaré au CHM.

Comment s'est constitué le réseau (carte 1, fin de texte) autour de Nasma ? La première difficulté pour les parents de la fillette a été d'accéder à une ligne téléphonique. Les rendez-vous téléphoniques ont le plus souvent eu lieu entre B. A. et son frère, qui possède un GSM et vit à Moya, agglomération couverte par un autre type de réseau, un réseau technique¹⁶. À partir de cette interaction de base, soit le frère transmet les nouvelles à son *fundi*, oncle de la fillette, qui informe à son tour les parents de Nasma ; soit un villageois en déplacement à Moya, recueille des nouvelles auprès du frère de B. A., et les transmet aux parents de Nasma à son retour.

Lorsqu'ils sont sollicités directement par le *fundi* (le mari de la sœur de la mère de Nasma), les parents de Nasma n'ont pas les moyens de se rendre à Moya pour téléphoner. Depuis Mayotte, B. A. perçoit cela comme un manquement à leur exercice parental et s'en plaint auprès de sa famille à Moya. À cette absence de lien direct entre l'accueillant de la fillette et ses parents, s'est ajoutée, à un moment donné, une rupture dans la transmission d'un document administratif. Selon la mère, c'est ce problème d'acheminement qui avait, croyait-elle, amené B. A. à se séparer de l'enfant, dont il ne souhaitait plus s'occuper :

« On l'a fait [l'extrait] et on l'a envoyé là-bas à Mutsamudu [capitale d'Anjouan] pour qu'il parte vers Mayotte. Résultat : l'extrait n'a pas été envoyé. B. A. nous a envoyé un deuxième message demandant encore l'extrait de la fille. On a donné de l'argent pour faire l'extrait qui a été donné à un mzungu qui est à Mutsamudu

16. La couverture n'étant évidemment que partielle : c'est seulement depuis les terrasses perchées de certaines maisons qu'il était possible de téléphoner.

[médecin français à l'hôpital], et quand on est allé lui en parler il a répondu qu'il n'était au courant de rien concernant cet extrait. C'est ça qui a provoqué la dispute entre B. A. et nous, parce qu'il nous a donné rendez-vous au téléphone, et on n'a pas pu y aller ; ensuite il a demandé l'extrait et on l'a pas envoyé... donc il ne voulait plus prendre en charge notre fille. C'est pourquoi il l'a renvoyée là-bas, où elle était, à la Réunion » (mère de Nasma, Mayotte, octobre 2005).

La mère de Nasma pensait en effet que sa fille avait été envoyée « aux autorités » à la Réunion. Elle sous-entendait par là une forme d'abandon de la part de B. A. :

« Notre fille a été renvoyée là-bas [à la Réunion], elle est entre les mains des "autorités" (en français), il ne l'a plus entre ses mains. Et quand il nous donne rendez-vous au téléphone, on n'a pas l'argent pour y aller. On ne connaît personne à qui emprunter de l'argent. B. A. est convaincu qu'on n'a plus besoin d'elle et que pour nous c'est un sac de riz [quelque chose qui n'a pas de valeur, le contenant sans le contenu] ».

Or, deux mois auparavant, une seconde évacuation sanitaire Mayotte-Réunion avait été organisée, et il est fort probable que B. A. avait transformé la réalité, afin d'acculer les parents à une forme de réaction, et peut-être aussi pour se venger d'une attitude parentale qu'il estimait blâmable. En outre, à l'écouter, c'était aussi le refus d'une forme de responsabilité à l'égard de l'enfant qui le motivait :

« Non mais pour moi c'est sa fille, s'il est là [le père de Nasma] il pourra signer tout ce qu'on demande, si jamais elle doit être évacuée en Métropole, est-ce qu'elle sera accompagnée ou non etc. Si elle va en Métropole, peut-être qu'on va faire un laissez-passer pour qu'il l'accompagne. Ce sera au papa de décider si on va lui faire l'opération ou non... parce que moi je signe rien, c'est l'hôpital qui s'en occupe... » (B. A., Mayotte, juillet 2005).

Après avoir été refoulé initialement à l'aéroport, le père avait tenté à deux reprises de prendre un *kwassa* pour Mayotte. La première fois, la mer agitée avait obligé l'embarcation à s'en retourner vers Anjouan. La seconde, il fut intercepté par la PAF,

emmené au Centre de rétention administrative, et reconduit à Anjouan. Ne parvenant pas à prendre une position autre que subalterne dans le réseau de *care*, les parents de Nasma ne purent pas non plus compter sur leur propre réseau migratoire à Mayotte. Le père de Nasma avait une sœur à Mayotte que B. A. avait attendue longuement : elle était censée venir chercher l'enfant. Un jour, un homme s'était présenté chez B. A. pour prendre Nasma, en se réclamant de la sœur. Par méfiance, B. A. avait refusé de lui confier Nasma. Lorsque j'interrogeai la mère de l'enfant plus tard, celle-ci m'expliqua que cette tante paternelle vivait en situation irrégulière à Mayotte :

« Quand B. A. a envoyé le message disant que l'un de nous devait venir récupérer l'enfant parce qu'elle ne répond pas aux questions, elle ne parle pas, elle ne mange pas, elle n'adresse la parole à personne, et elle baisse les yeux sur le côté sans dire si elle a un problème, alors c'est à partir de là que le père a indiqué le nom de --- [sa sœur] qui pourrait récupérer l'enfant. Mais --- a répondu à son frère qu'elle ne pourrait pas se déplacer pour aller récupérer l'enfant parce qu'elle n'a pas de papiers et risque de se faire attraper et renvoyer de l'île. Elle a préféré que Nasma reste avec B. A. »

Or, à l'époque, ce dernier était encore en situation irrégulière. Il se trouvait lui-même en pleine procédure de régularisation au titre de sa paternité d'enfants de nationalité française¹⁷. Nasma nécessitait des soins de kinésithérapie et, régulièrement, B. A. insistait sur l'état de santé encore insatisfaisant de l'enfant auprès du service social du CHM. Or, son statut lui valut quelques soupçons, dans un contexte où les procédures de régularisation au titre de parent d'enfant malade restaient soumises à une évaluation institutionnelle. Quel intérêt avait cet homme à garder cette enfant chez lui ? Espérait-il obtenir l'autorité parentale et ajouter un argument médical à sa demande de régularisation ? De sorte que si du point de vue des parents de Nasma, B. A. occupait une position centrale dans le réseau de *care*, celle-ci peinait à être pleinement reconnue par l'institution de soins.

17. Il devait faire légaliser son extrait de naissance et prouver qu'il s'occupait « bien de ses enfants », ainsi que le stipulait la lettre de convocation de la Préfecture.

Conclusion

Cet article s'est proposé de documenter le thème des familles transnationales à partir d'un espace géographique insulaire et restreint, où l'histoire coloniale a participé à construire une frontière de « voisinages » - dans l'acception d'Appadurai [1996] - entre un État « du sud » et une extension ultra-marine d'un État « du nord ». Cette configuration invitait à historiciser les conditions de vie transnationales parce que la dynamique migratoire de la population a partie liée avec cette histoire coloniale et cet espace géographique.

A l'échelle de Mayotte, la frontière politique se décline en une catégorisation sociale et juridique des personnes, concomitante avec reconnaissance politique différenciée. Elle traverse le dispositif d'évacuations sanitaires dont l'ethnographie révèle les formes contemporaines d'assignation à la distance subies par les familles ESI, tandis que l'historicisation rappelle la lenteur avec laquelle la population mahoraise a bénéficié d'un encadrement institutionnel du rapprochement familial. Cela amène à constater qu'il y a deux niveaux d'inégalités dans la reconnaissance sociale et politique de l'individu dans le besoin à Mayotte (de soins biomédicaux, de son parent auprès de lui, de communiquer dans sa langue, etc.), et que l'écart entre ces deux niveaux s'est creusé au fur et à mesure du processus d'assimilation politique des citoyens mahorais. De sorte qu'aujourd'hui, traverser la frontière n'occasionne plus les mêmes changements de statuts¹⁸ qu'auparavant : l'espace de mobilité des personnes ESI est en effet de plus en plus contraint. Cela retentit sur la mise en réseau transnationale avec les autres îles, alors même que la distance géographique est relative.

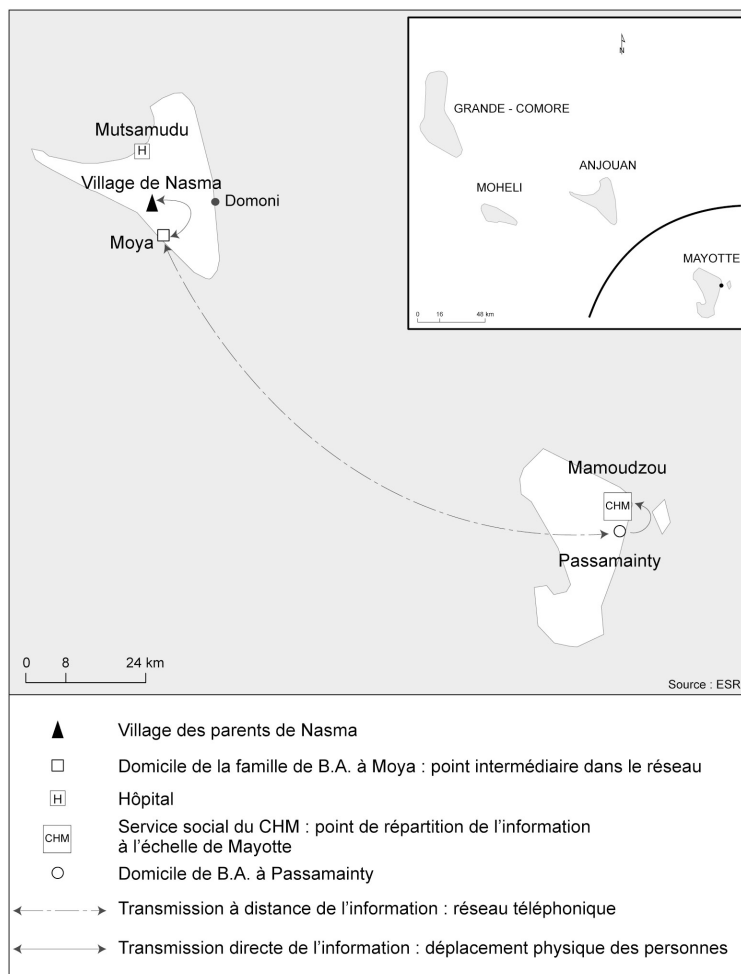
À l'échelle de l'archipel, bien que le savoir-migrer et le savoir-vivre à distance qu'ont en héritage les Comoriens leur permet de continuer à traverser la frontière politique et à communiquer à distance, ils ne

18. On rappellera à l'instar d'E. Terray que « les frontières nationales jouent dans la réalité un rôle très différent de celui qui leur est officiellement attribué. Leur fonction n'est pas d'empêcher les migrants de passer : chacun sait aujourd'hui que cela n'est pas possible ; elle est de faire en sorte qu'en passant, les migrants subissent un changement radical de statut » [2008, p. 48].

circulent plus aussi aisément de part et d'autre de cette frontière, qui tend désormais à pérenniser la dispersion familiale. Ainsi que l'illustre le cas de Zaliata, les représentations circulent mieux que les choses, et les choses, mieux que les personnes.

Le contexte de la maladie infantile a mis au jour l'importance des obstacles à la circulation transnationale du *care*. Lorsque les parents ne parviennent pas à traverser la frontière, un réseau de *care* se tisse autour de l'enfant, réseau dans lequel des acteurs vont jouer des rôles clés, de par leur position centrale ou intermédiaire, tandis que d'autres se retrouvent en périphérie, alors même qu'ils occupaient une position forte auprès de l'enfant avant son départ. Au regard du savoir-faire migratoire accumulé, la difficulté qu'ont les parents de Nasma, à maintenir leur exercice de *care* à distance traduit une forme contemporaine de précarité migratoire et familiale. Mais le cas de Nasma permet d'insister également sur la récurrence de certaines conditions de vie transnationales. En effet, la première frontière responsable de la mise en périphérie d'acteurs dans un réseau est sans doute sociale, et inscrite à l'échelle nationale, ici insulaire : certaines ressources sociales et économiques manquent aux parents pour être mobiles ou exercer leur parentalité « à distance politique ». Aussi, le réseau de *care* autour de Nasma met-il à l'épreuve d'un espace fortement territorialisé la « révolution de la communication » attribuée à la globalisation [Badie, 2002].

Quelles que soient les échelles d'inégalités et de frontières, l'ethnographie des relations à distance autour d'un enfant malade révèle des formes de vie transnationales inédites dans lesquelles des personnes extérieures à l'entité familiale, professionnelles ou pas, occupent des positions centrales dans le réseau de *care*. En ce sens, les situations transnationales contrariées sont paradoxalement productrices de liens complexes, où l'on voit combien les relations familiales sont plastiques.



Carte 1 - Le réseau autour de Nasma pendant sa prise en charge hospitalière
(M. Coulon, J. Sakoyan)

Bibliographie

- APPADURAI A. 1996, *Après le colonialisme. Les conséquences culturelles de la globalisation*, (Édition française, 2001), trad. BOUILLOT F., FRAPPAT H., Paris, Payot, 322 p.
- BADIE B. 2002, « La politique à l'épreuve de l'abolition de la distance », *Autrement*, n° 215, avril, p. 196-200.
- BARBEY A. 2007, « Institutions et acteurs religieux chez les Comoriens de Marseille », *Migrations Sociétés*, vol. 19, n° 111-112, mai-août, p. 17-39.
- BARBEY A. 2008, *La socialisation des Comoriens à Marseille. Conservation et métamorphose des rôles et des usages sociaux en migration*, Thèse pour l'obtention du Grade de Docteur en Ethnologie, sous la direction de BROMBERGER C., Université de Provence Aix-Marseille I, Soutenue le 9 décembre 2008 à la MMSH, 600 p.
- BLANCHY S. 1992, « Famille et parenté dans l'archipel des Comores », *Journal des africanistes*, vol. 61, n° 1, p. 7-53.
- BLANCHY, S., 1998 : Les Comoriens, une immigration méconnue, *Hommes et migrations*, n°1215, p. 5-21.
- BLANCHY, S., 2004 : Cités, citoyenneté et territorialité dans l'île de Ngazidja (Comores), *Journal des Africanistes*, 74 (1-2), p. 315-340.
- BLANCHY S. 2005, « Esclavage et commensalité à Ngazidja », *Cahiers d'Études Africaines*, n° 179-180, p. 905-933.
- BLANCHY S. 2010, *Maisons des femmes, cités des hommes. Filiation, âge et pouvoir à Ngazidja (Comores)*, Nanterre, Société d'Ethnologie, 320 p.
- BLANCHY S., CHEIKH M., SAÏD M., ALLAOUI M., ISSIHAKA M. 1993, « Thérapies traditionnelles aux Comores », *Cahier des sciences humaines*, vol. 29, n° 4, p. 763-791.
- BLANCHY, Sophie, et POBÉGUIN, H., 2007 : *La Grande-Comore en 1898*, Moroni : Komedit, 101 p.
- CASTEL R., HAROCHE C. 2001, *Propriété privée, propriété sociale, propriété de soi*, Paris, Fayard, 215 p.
- COMBO A. 2006, *La problématique des familles mahoraises qui émigrent à l'île de la Réunion. Vers une migration d'assistance sociale*, Mémoire de Master 2 de Recherche de Sociologie, soutenu à l'Université Victor Segalen Bordeaux II, 147 p.
- DELVAL, R., 1979, Les migrations comoriennes à Madagascar, flux et reflux, XIXè-XXè, *Études et Documents*, n°11 : 93-111.
- DIMIER V. 2005, « De la France coloniale à l'Outre-Mer », *Pouvoirs*, n° 113, p. 41-55.

- DIRECHE-SLIMANI K., LE HOUEROU F. 2002, « Les Comoriens à Marseille, d'une mémoire à l'autre », *Autrement*, n° 133, mai, 179 p.
- FOREST V. 2002, « L'immigration à Mayotte au cours de la période sucrière (1845-1900) », *Études Océan Indien*, n° 33/34, p. 91-114.
- GARREAU M. 2008, « Care (Éthiques et politiques du) », in BOURDEAU Y., MERRILL R. (dir.), *DicoPo*, [en ligne], URL : <http://www.dicopo.org/spip.php?article101> (page consultée le 10 janvier 2010).
- GINZBURG C. 1980, « Signes, traces, pistes. Racines d'un paradigme de l'indice », *Le Débat*, n° 6, p. 3-44.
- HACHIMI S. 2007, *Migration et urbanisation aux Comores. Analyse des données du Recensement Général de la population et de l'Habitat 2003*, Commissariat Général au Plan, Direction Nationale du Recensement, Union des Comores, 34 p.
- IBRAHIME M. 2008, *Saïd Mohamed Cheikh (1904-1970). Parcours d'un conservateur*, Moroni, Komedit, 352 p.
- INSERM/UPMC 2008, *Santé et migration à Mayotte*, Rapport final à l'Agence française de développement, avril 2008, 92 p.
- JAFFRÉ Y., OLIVIER DE SARDAN J.-P. (dir.) 2003, *Une Médecine inhospitalière*, Paris, Karthala, 449 p.
- MARCUS G.-E. 1995, "Ethnography in/of the World System: The emergence of Multi-Sited Ethnography", *Annual Review Of Anthropology*, vol. 24, p. 95-117.
- PORTES A. 1999, « La mondialisation par le bas », *Les actes de la recherche en sciences sociales*, n° 129, p. 15-25.
- RICHARD E. 2009, *Compétence métisse : mobilisations et métier politique à Mayotte (1975-2005)*, Thèse de science politique, sous la direction de MIAILLE M., Université de Montpellier I, Soutenue le 8 juillet 2009.
- SAKOYAN J. 2010, *Un souci « en partage ». Migrations de soins et espace politique entre l'archipel des Comores et la France*, Thèse de doctorat en Anthropologie, sous la direction de JAFFRE Y., EHESS, Soutenue le 26 novembre 2010, , 642 p.
- SANGUIN A.-L. (dir.) 1997, Introduction, in SANGUIN A.-L., *Vivre dans une île. Une géopolitique des insularités*, Paris, Karthala, p. 11-19.
- SAYAD A. 1999, *La double absence. Des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*, Paris, Seuil, 437 p.
- SIDI A. 1998, *Anjouan, l'histoire d'une crise foncière*, Paris, L'Harmattan, 339 p.
- SIDI A. 2002, « L'esclavage aux Comores. Son fonctionnement de la période arabe à 1904 », in MAESTRI E. (dir.), *Esclavages et abolitions dans l'Océan Indien 1723-1860*, Univ. de La Réunion, L'Harmattan, p. 89-114.

STRAUSS A. 1992, *La trame de la négociation. Sociologie quantitative et interactionnisme*. Textes réunis et présentés par BASZANGER I., Paris, L'Harmattan, 319 p.

TARRIUS A. 1996, « Territoires circulatoires et espaces urbains », IN M. MOROKVASIC ET H. RUDOLPH, *Migrants. Les nouvelles mobilités en Europe*, Paris, L'Harmattan, p. 93-117.

TARRIUS A. 2001, « Au delà des Etats-Nations : des sociétés de migrants », *Revue Européenne des Migrations Internationales*, vol. 17, n° 2, p. 37-61.

TERRAY E. 2008, « L'État nation vu par les sans papiers », *Actuel Marx*, 2008/2, n° 44, p. 41-52.

TRONTO J. 2005, « Au delà d'une différence de genre. Vers une théorie du care », in Paperman P., Laugier S. (dir.), *Le souci des Autres. Ethique et Politique du Care, Raisons Pratiques*, n° 16, Paris, EHESS, p. 25-49.

VIVIER G. 1996, « Les migrations comoriennes en France : histoire de migrations coutumières », *Dossiers du CEPED*, n° 35, p. 5-38.

VIVIER, G. 1999, *Les Migrations Comores-France. Logiques familiales et coutumières à Ngazidja*, Thèse de Doctorat de Sociologie, Paris 10 Nanterre, sous la direction de Maria Coso, 343 p.